21.

SUITES ÉLOIGNÉES DES PROSTATECTOMIES

Par le Dr O. Pasteau,

Ancien Chef de clinique des maladies des voies urinaires
à l'hôpital Necker.

Extrait de la **Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires**.

Septembre 1911.

Vigot Frères, Editeurs, Paris.

SUITES ÉLOIGNÉES

DES

PROSTATECTOMIES

Extrait de la *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.*

(1er Septembre 1911).

SUITES ÉLOIGNÉES DES PROSTATECTOMIES (1)

Par M. le Docteur O. PASTEAU,

Ancien Interne Médaille d'or et Chef de clinique de la Faculté de Médecine à l'hôpital Necker.

Quand on étudie la prostatectomie, il est nécessaire de bien limiter la question ; c'est pourquoi je m'en tiendrai aujourd'hui exclusivement à l'*étude des résultats éloignés, en laissant absolument de côté les résultats immédiats,* tant au point de vue des accidents post-opératoires qu'au point de vue du rétablissement plus ou moins complet de la fonction.

Il est bon de même de *laisser de côté tous les cas de prostatectomie partielle*, d'incision et d'excision de la prostate plus ou moins typiques, plus ou moins étendues, pour *se limiter exclusivement aux prostatectomies dites* « totales » *ou* « subtotales. »

Sans doute, quand on a pratiqué une prostatectomie dite totale, on laisse dans la plaie la plus grande partie, si non la totalité de la glande prostatique elle-même, et on n'enlève que la portion hypertrophiée, adénomateuse ou néoplasique ; si bien que le terme de prostatectomie et surtout de prostatectomie totale doit être considéré comme impropre. Il n'en est pas moins vrai qu'il est consacré par l'usage ; il suffit d'avoir dès le début bien fixé la valeur du mot pour éviter une interprétation inexacte.

Je diviserai ce travail en deux parties : suivant que la prostatectomie est faite *pour hypertrophie simple* ou *pour*

(1) Communication faite au 2e *Congrès de l'Association internationale d'urologie, Londres,* 26 Juillet 1911.

néoplasme malin, pour cancer; l'étendue de l'opération, sa gravité et les récidivives dont elle est suivie variant essentiellement suivant l'un et l'autre cas, comme il est aisé de le supposer dès l'abord, et comme cela est démontré ultérieurement par l'étude des observations.

A) Prostatectomie pour hypertrophie simple

La prostatectomie dans l'hyperthophie de la prostate a été reçue d'abord avec hésitation, mais sous l'impulsion vigoureuse de quelques chirurgiens, à la tête desquels il faut placer Albarran en France et Freyer en Angleterre, cette opération a pris rapidement droit de cité dans la chirurgie. Actuellement il n'est pas de spécialiste, voire même de chirurgien général, qui n'en ait pratiqué un certain nombre. — Sans faire le moins du monde l'historique de la prostatectomie, je rappellerai seulement, car ce sera une division utile pour ce travail, qu'on fit d'abord presque exclusivement la prostatectomie inférieure, par la voie périnéale, puis la prostatectomie supérieure, par la voie sus-pubienne.

La diversité des méthodes opératoires, l'étendue de l'exérèse dans l'un et l'autre cas, les différences constatées dans les suites immédiates et dans les résultats éloignés démontrent que ces deux opérations doivent être étudiées séparément.

I. — Prostatectomie périnéale. — D'assez nombreux travaux ont été publiés sur les suites de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate, mais en dehors des rapports qui nous ont été présentés à ce congrès, il n'en est pas qui ait trait uniquement à l'étude des suites éloignées ; c'est en effet maintenant seulement qu'on peut commencer à étudier ces résultats éloignés ; je me contenterai, pour ma part, d'insister sur quelques points.

La prostatectomie périnéale est pratiquée soit en cas d'infection déjà assez accentuée, soit en cas de rétention simple peu ou pas infectée, complète ou incomplète, avec ou sans distension.

1° *La prostatectomie chez les infectés.* — Si le malade

n'est pas trop intoxiqué, si ses reins en particulier sont en état suffisant pour supporter l'anesthésie nécessaire et l'opération elle-même, cette opération amènera un soulagement considérable et une amélioration rapide. Le drainage déclive qui suit pendant quelque temps l'intervention, le peu d'étendue de la plaie, la surface d'absorption relativement restreinte qu'elle présente, expliquent la très petite mortalité opératoire ou post-opératoire qui ressort de toutes les statistiques et qui est admise par tous les opérateurs.

On peut dire même que la prostatectomie périnéale peut encore être faite et donner des succès, alors que toute autre opération se terminerait nécessairement par la mort. On a sauvé beaucoup d'infectés par la périnéale.

Mais il y a une ombre à ce tableau. Si la vessie continuait à se bien vider comme après l'opération, l'infection ne ferait que diminuer de plus en plus et elle n'aurait aucune tendance à réapparaître. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, si bien qu'à ce point de vue de l'infection, on peut dire que les suites éloignées ne valent pas toujours les suites immédiates.

2° *La prostatectomie périnéale contre la rétention.* — Si le malade n'est pas ou est peu infecté, si l'opération est faite uniquement ou surtout contre la rétention, *il est de règle que cette rétention disparaisse. Ceci est surtout vrai si des cathétérismes plus ou moins réguliers ont été faits jusque-là pour venir en aide à la vessie.* J'ai entendu mon maître Guyon insister sur ce point, contrairement à l'opinion que notre collègue Young semble lui faire admettre.

Je crois même qu'on peut dire avec certitude actuellement que *la grande cause du développement rapide de la périnéale a été, en même temps que son innocuité, la disparition rapide de la rétention vésicale dès la période post-opératoire.* Toutefois le résultat est souvent imparfait ; d'autre part, au fur et à mesure que les résultats vont en s'éloignant, les observations apparaissent plus nombreuses dans lesquelles on constate *la récidive ou plutôt la réapparition de rétentions* plus ou moins fortes. Je peux, pour ma part, en rapporter deux observations bien nettes :

Observation I. — D..., âgé de 67 ans, opéré en avril 1901, par la voie périnéale, pour une rétention complète datant de huit mois. Urines troubles ; prostate de 85 grammes.

En juin, orchite droite ; on constate qu'il vide complètement sa vessie.

Le 4 juillet, le toucher rectal ne permet plus de constater « l'ombre de prostate ».

Depuis ce moment, les urines restent troubles ; le malade prend cependant régulièrement des tisanes diurétiques et de l'urotropine pendant quinze jours avec des intervalles de un mois. La plaie périnéale reste fistuleuse ; il y a parfois un peu d'épidydimite gauche qui cesse au bout de sept à huit jours.

Finalement, *la fistule périnéale se ferme seulement au commencement de 1909.* A peu près à cette époque, le malade commence à éprouver de la gêne en urinant ; la fréquence se montre le jour et la nuit.

En 1910, il fait pendant toute l'année deux lavages vésicaux par jour.

Je le vois en *mai 1911.* Il avait à ce moment une *orchite droite,* grosse, dure, pas très douloureuse. L'infection vésicale était des plus nettes, les urines présentaient un dépôt abondant. *La rétention était de 125 grammes.*

Au toucher rectal, on constatait que *la prostate ne faisait aucune saillie dans le rectum.* Par contre, si on vidait la vessie, et *si on pratiquait le palper bimanuel,* un doigt dans le rectum et la main à l'hypogastre, on constatait au niveau de la base du lobe droit un gros *noyau du volume d'une noix,* arrondi, régulier, dur ; à gauche, il existait quelque chose de semblable, mais un peu moins volumineux. Sans hésitation, on pouvait dire qu'il y avait à nouveau dans la vessie une augmentation de volume de la prostate ; mais, *cette fois, il ne s'agissait plus d'une hypertrophie simple, mais fort probablement d'une dégénérescence de nature maligne.*

Observation II. — P..., âgé de 63 ans, opéré en 1902 pour hypertrophie compliquée de calcul vésical.

Les suites opératoires furent d'abord assez simples ; cependant, il faut signaler une orchite double dont l'apparition se fit environ un mois et demi après l'intervention. *Du côté droit le testicule suppura ; la castration devint nécessaire, et actuellement, 9 ans après cette opération, il reste encore un petit trajet fistuleux* qui donne de temps en temps quelques gouttes de pus. Par contre, la plaie opératoire a été fermée en deux mois.

L'infection vésicale, qui avait presque disparu d'abord, se réinstalla peu à peu.

Quand je vis le malade en *janvier 1911*, il avait, avec une *rétention vésicale de 150 grammes* environ, de *nombreux calculs vésicaux* phosphatiques pour lesquels mon ami le Docteur Bonneau pratiqua, le 25 janvier, la taille sus-pubienne Il retira ainsi 84 calculs.

Pendant l'opération on put constater que la prostate faisait une saillie assez notable dans la vessie. Elle était étalée et répondait à une *prostate de 80 grammes environ*, bien régulière, lisse et sans aucune induration. Il y avait en arrière d'elle un bas-fond très accentué.

Les observations de ce genre ne sont pas rares et il semble qu'elles *deviennent de plus en plus fréquentes à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'opération. La rétention reparaît parce qu'on assiste au développement d'une nouvelle saillie hypertrophique de la prostate, de nature bénigne ou maligne.*

D'autres complications peuvent se montrer à distance et mériter le nom de complications éloignées. Ce sont, en dehors des troubles génitaux, de la *diminution ou de la suppression de la puissance sexuelle*, les *calculs* secondaires, les *fistules persistantes* (j'en rapporte un cas qui dura 9 ans) et les *orchites* à répétitions qui peuvent suppurer, contrairement à ce que Proust nous a dit dans son rapport, et qui peuvent même entretenir des fistules rebelles (voir obs. II ci-dessus).

La cause de ces accidents s'explique facilement : *quand on fait une prostatectomie périnéale, dite sous-capsulaire, on n'est jamais sûr d'enlever toute la partie malade*, et même on est à peu près certain de laisser en place des lobules, des fragments de tissu adénomateux en pleine évolution, en plus de la prostate proprement dite, qui reste dans la « capsule ».

Par la voie périnéale on fait une opération peu dangereuse sans doute, mais essentiellement incomplète. Plus tard les adénomes restés en place continuent à se développer, d'où à plus ou moins brève échéance la réapparition des accidents. C'est là ce qu'on appelle la récidive. En fait, l'opération a laissé suffisamment de la tumeur pour que le terme de récidive se trouve exagéré; je suis ici complètement d'accord avec Proust pour dire qu'il n'y a pas récidive à proprement parler, mais continuation de la maladie.

II. Prostatectomie sus-pubienne. — Les observations de prostatectomie sus-pubienne se trouvant nécessairement plus récentes que les observations de prostatectomies périnéales, les résultats éloignés en sont, par le fait même, moins faciles à connaître. Il est permis cependant de tirer dès maintenant des conclusions au point de vue des suites définitives.

Comme la périnéale, la sus-pubienne est pratiquée soit en cas de rétention simple, non infectée, soit en cas de rétention plus ou moins compliquée d'intoxication et d'infection locale ou générale.

Cette opération est beaucoup plus difficile à supporter que la périnéale; la plaie est plus large, la surface d'absorption plus grande, le traumatisme plus important.

Pour que le résultat immédiat soit bon, il faut que le malade soit moins infecté, moins intoxiqué que pour la périnéale. Il faut en particulier que ses reins soient en meilleur état, et je répéterai ici ce que j'ai dit souvent : « *Le pronostic de la prostatectomie sus-pubienne est dans l'état* des *reins.* » On n'a pas, à mon avis, assez insisté sur ce point important et j'ai été heureux de constater que nos rapporteurs Young et Zuckerkandl et notre collègue Verhoogen partagent à ce point de vue mes idées. *L'exploration fonctionnelle des reins doit toujours être faite avant la prostatectomie.*

Il est juste toutefois d'ajouter que *l'opération en deux temps permet d'intervenir chez des malades qui seraient incapables de supporter la prostatectomie en une seule séance. Les « prostatectomies différées »* comme je les ai appelées, permettent d'établir d'abord un traitement pré-opératoire et de faire un large drainage jusqu'au moment où l'état des différents organes et en particulier l'état du rein permet de faire l'opération radicale, sans inconvénient. Je considère comme certain que la statistique opératoire de la sus-pubienne, plus lourde que celle de la périnéale, s'améliorera de plus en plus, au fur et à mesure qu'on hésitera moins à user des prostatectomies différées, des prostatectomies en deux temps.

Young arrive d'ailleurs actuellement à dire que, même

pour la périnéale, un traitement pré-opératoire permet d'amener le plus grand nombre des malades portant de mauvais reins, à un état favorable pour l'opération.

Pour ce qui est de la rétention elle-même, la sus-pubienne donne des résultats remarquables; *comme après la périnéale, et mieux encore, le malade vide sa vessie complètement,* dès la période post-opératoire; mais ici *le résultat est plus durable parce que l'opération est plus complète.* On peut tout enlever, bien examiner la cavité d'énucléation prostatique, s'assurer de l'absence de tout noyau dans la paroi, et obtenir ainsi une véritable cure radicale de la maladie.

Après la sus-pubienne, il n'y a pas plus d'*orchites* qu'après la périnéale; pour ma part, je n'en ai observé qu'un cas léger. On a bien signalé des *fistules sus-pubiennes* persistantes; je n'ai pas eu l'occasion d'en observer personnellement chez mes opérés, mais alors que cette fistule s'établirait, il resterait toujours facile d'en obtenir la guérison rapide par une intervention peu importante.

En somme, qu'on la considère en elle-même ou par comparaison avec la périnéale, la prostatectomie sus-pubienne est une excellente opération; *excellente dans ses suites immédiates, et de peu de mortalité, si elle est faite comme elle doit l'être, rapidement, et au besoin en deux temps quand l'état des reins l'indique; excellente encore dans ses suites ultérieures, car elle est plus complète et met ainsi mieux à l'abri du retour des accidents.*

B) Prostatectomie pour cancer

C'est surtout depuis les succès obtenus dans la prostatectomie pour hypertrophie qu'on a pensé à s'attaquer opératoirement au cancer de la prostate. Les noms de Proust, d'Hallopeau, de Pousson, en France, de Young, en Amérique, doivent surtout être rappelés ici.

Les observations publiées de prostatectomie pour cancer sont naturellement beaucoup moins nombreuses que pour l'hypertrophie. Elles sont, de plus, généralement beaucoup

plus récentes : il n'en est pas moins intéressant d'interroger la statistique des cas opérés et plutôt que d'en additionner simplement les résultats, d'en discuter les divers points, de façon à ne pas s'exposer à réunir dans une même catégorie des observations qui n'ont de commun que leur titre, alors que les détails cliniques, anatomiques ou opératoires sont différents.

Pour préciser mieux la question, *je ne m'occuperai pas des observations désignées sous le nom de sarcome* de la prostate, parce que sous ce nom, on a publié des cas qui ne se ressemblent pas et qui peuvent se rapporter à des tumeurs de nature différente, depuis des fibromes dont l'évolution est lente et peu sujette à des récidives, jusqu'à des sarcomes volumineux à cellules embryonnaires, à marche rapide et progressive, absolument inopérables dès le début.

De même *je laisserai de côté les cas d'épithéliomas adénoïdes* dont le diagnostic a été fait seulement sur des coupes microscopiques de prostates enlevées pour hypertrophie simple. Il s'agissait bien, là encore, de néoplasme épithélial ; cependant, l'opération n'avait pas été faite pour « cancer », mais bien pour « hypertrophie simple ». Or, ces cas ne sont pas superposables à ceux dans lesquels le diagnostic du cancer a été nettement établi avant l'intervention.

Je vais donc *m'occuper uniquement des cas de prostatectomie pour cancer de la prostate* et en rechercher les résultats éloignés.

A la vérité, il peut paraître excessif de se poser une telle question quand on sait que presque tous les malades opérés sont morts, et assez rapidement même. Il peut n'être pas inutile, toutefois, d'étudier les faits, pour rechercher si ce pronostic opératoire ne peut pas être amélioré et s'il faut désespérer d'obtenir un jour des résultats meilleurs.

L'anatomie pathologique démontre deux faits qui me paraissent indéniables :

1° *Le cancer de la prostate, quand on peut faire le diagnostic, a déjà une extension locale très étendue.*

2° *Le cancer de la prostate a très rapidement des propa-*

gations à distance dans les os, les viscères et les ganglions lymphatiques.

Alors que la tumeur semble bien localisée et qu'elle paraît avoir gardé jusque-là un développement intraprostatique, elle a déjà normalement atteint les organes voisins. Des recherches de MOTZ et MAJEWSKI, il ressort que sur 26 cas examinés, la propagation s'était faite 20 fois à la vessie, 20 fois aux vésicules séminales, 7 fois à l'urèthre et 3 fois au cul-de-sac péritonéal ; ce qui revient à dire que pour arriver à une opération curative et obtenir un bon résultat éloigné, pour enlever toutes les parties cancéreuses prostatiques et péri-prostatiques, il aurait fallu, sur 26 opérations, enlever dans 20 cas une bonne partie de la vessie, dans 20 cas les vésicules séminales, dans 7 cas la portion de l'urèthre correspondante, et dans 3 cas aller jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Laissant de côté les propagations à distance dans la colonne vertébrale, le foie, la rate ou le poumon, je rappellerai que dès 1898, j'ai montré que « les propagations lymphatiques des » tumeurs de la prostate sont la règle, et surviennent très rapi- » dement, alors qu'on constate à peine quelques noyaux néopla- » siques épars à l'intérieur même de la masse glandulaire. » HALLOPEAU, en 1900, aboutit à la même conclusion, bien que son travail soit écrit pour faire accepter l'idée de l'intervention radicale dans un certain nombre des cas.

Sans doute quelques chirurgiens, et en particulier notre collègue YOUNG, admettent au contraire que l'extension aux ganglions lymphatiques ne se produit que très rarement, même dans les stades avancés. Mais il manque à ses recherches la consécration anatomique et j'ai dit ailleurs combien les constatations purement cliniques sont souvent contraires à la réalité des faits.

Je laisserai néanmoins de côté, pour simplifier, la question des propagations à distance et sans vouloir rechercher pour l'instant pourquoi la prostatectomie peut ou ne peut pas, doit ou ne doit pas donner de bons résultats dans le cancer de la prostate, je m'en tiendrai à l'étude des résultats obtenus.

Je ne m'occuperai pas des opérations incomplètes qui ne peuvent pas prétendre à une cure radicale. C'est dire que *je ne ferai état que des opérations dans lesquelles on a enlevé la prostate en entier et sans morcellement, avec la base de la vessie et les vésicules séminales.*

Les observations ainsi limitées ne sont pas nombreuses : elles se réduisent, en somme, à une douzaine. Les voici :

Observation I (Leisrinck), 1881. — Tout ce qui pouvait être enlevé a été supprimé ; on n'a pas trouvé d'envahissement ganglionnaire. Le malade est *mort d'infection 12 jours après* l'intervention.

Obs. II (Küster), 1891. — Ablation totale avec la prostate de la vessie, abouchement des uretères dans le rectum. *Mort 5 jours plus tard.*

Obs. III (Young), 1904. — La prostate est enlevée avec la portion correspondante de la vessie, les canaux déférents aussi haut que possible (4 centimètres). Le malade *meurt 10 mois après* d'infiltration d'urine. *A l'autopsie on trouve, le long du canal déférent gauche, un néoplasme* de 1 centimètre ; pas de glanglions dans la cavité pelvienne.

Obs. IV (Young), 1904. — Prostate, vessie et orifices urétéraux indurés mais pas cancéreux. Le malade *meurt 46 jours après* d'infection rénale. *A l'autopsie* on trouve que tout a été enlevé complètement et qu'il n'y a pas de ganglions cancéreux.

Obs. V (Young), 1905. — Prostate enlevée avec les deux canaux déférents et le tissu situé entre eux. La vessie est excisée ; rien aux vésicules séminales. Le malade *meurt 3 ans après* de pyélonéphrite double, avec des *métastases cancéreuses dans les reins, le long des uretères et des bronches.*

Obs. VI (Young), 1905. — On enlève la prostate, la base des vésicules séminales et les canaux déférents ; un ganglion cancéreux est excisé. *Le malade est encore guéri 4 ans 1/2 après*, mais garde de l'incontinence diurne et nocturne.

Obs. VII (Young). — On enlève la base de l'uretère, la vésicule séminale gauche est adhérente au péritoine mais pas cancéreuse. *Le malade meurt 2 heures après l'opération ;* les ganglions pelviens et le péritoine sont pris.

Obs. VIII (Young). — L'ablation semble totale ; *le malade vit encore 6 mois après* avec une incontinence d'urine complète.

Obs. IX et X (Albarran), 1905. — Deux cas dont un qui donne *une survie de 3 ans.*

Obs. XI (Heitz-Boyer). 1911. — Envahissement de la base de la muqueuse vésicale ; induration des vésicules séminales et de la base des canaux déférents. Le malade *meurt dans les 36 heures*. Pas d'autopsie.

Au total on trouve, en somme, un malade survivant avec incontinence complète d'urine quatre ans et demi et un autre trois ans après (Young) ; un autre vit trois ans après (Albarran) ; un autre six mois, incontinent également (Young) (1). Les autres malades meurent soit dans la période post-opératoire, soit dans un intervalle qui ne dépasse pas dix mois.

En somme, la totalité est très grande et les résultats favorables exceptionnels. Je puis donc répéter ici ce que je disais en 1898 dans ma thèse, puis en 1903 au congrès de Madrid : « Depuis quelques années on s'est ingénié à trouver des moyens d'aborder et d'extirper la prostate, en vue d'obtenir une cure radicale dans le cancer de cet organe. De nombreux auteurs ont pratiqué des prostatectomies avec un résultat immédiat si constant qu'il suffirait presque à lui seul à faire rejeter l'intervention. Les guérisons, même si le malade survit à l'opération, ne peuvent être qu'illusoires.

La prostatectomie ne peut pas être une opération curatrice.

Les opérations pour cancer de la prostate ne pouvant être que palliatives, seront forcément très limitées et réduites, en quelque sorte, à leur minimum. »

En effet, en regard de ces tentatives de cure radicale, achetées si cher par une véritable hécatombe de malades, *il est bon de savoir ce que peuvent donner des interventions moins complètes, destinées à prolonger la vie des malades, à les soulager, non pas à les guérir ; il est bon de savoir ce que donne même l'abstention opératoire.*

Après une opération étendue et dite radicale, on trouve trois ou quatre malades qui ont survécu 3 et 4 ans 1/2, mais il n'est pas besoin d'en tant faire pour obtenir les mêmes résultats. Qu'on se reporte aux cas publiés par Young lui-même et on trouvera un malade qui vit 6 ans après l'extirpation d'un petit nodule carcinomateux, d'autres qui vivent

(1) A ces résultats, il est bon d'ajouter *deux cas de* Verhoogen dans lesquels *la survie s'est maintenue quatre ans et trois ans* (communication orale).

3 ans 1/2, 2 ans 1/2 et 2 ans après une opération incomplète.

Il y a mieux encore : *sans aucune intervention opératoire, de nombreux malades peuvent vivre des années*, pourvu qu'ils aient une rétention peu forte, qu'ils ne soient pas infectés et que leur néoplasme ne se développe pas vite. Il suffit de lire les observations de Young lui-même pour en être convaincu ; nous avons tous, d'ailleurs, des observations semblables.

De tout cela, il résulte qu'*on n'arrive pas à trouver, dans les résultats de la prostatectomie pour cancer, des raisons suffisantes pour tenter par principe la cure radicale*. Ceux qui, comme Hallopeau, défendent l'opération, en sont réduits à dire qu' « avant de penser à une intervention curative, il faudra un examen des plus soigneux et, s'il y a le moindre doute sur l'extension du néoplasme, s'abstenir absolument. »

Mais comment savoir que le malade ne « présente pas de propagations ganglionnaires », puisqu' « il est bien entendu que la grande majorité des tumeurs restera intangible » ? Comment savoir qu'un malade est ou non opérable ? Il n'est pas de signe clinique capable de l'indiquer. Personne n'en cite, parce que personne n'en connaît ; l'examen clinique est insuffisant ; en voici une preuve : Young déclare dans son rapport que dans tous les cas de cancer le diagnostic peut et doit se faire avant l'opération, mais n'a-t-il pas préconisé lui-même de commencer l'opération en prélevant une partie de la prostate pour une biopsie immédiate ? C'est donc admettre le peu de valeur des indications purement cliniques. Cette biopsie pré-opératoire paraît d'ailleurs une pratique bien défectueuse : d'une part, parce qu'une fois engagé dans une opération de ce genre, le chirurgien a tendance à poursuivre, et, d'autre part, parce que cet examen, qui ne porte que sur une partie très limitée de la tumeur, est forcément incomplet et n'a pas grande valeur.

La vérité est, à mon sens, que les suites de la *prostatectomie totale pour cancer de la prostate* démontrent que c'est là une *mauvaise opération, parce qu'elle est extrêmement grave dans ses suites immédiates et trop aléatoire dans ses résultats éloignés.*

Lille. Imp. Camille Robbe.

LILLE. IMPRIMERIE CAMILLE ROBBE